9 20

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THESE

N° 215

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Lucien JAÏS

Né à Alger, le 14 Février 1898

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ex-interne de l'Hôpital Départemental de la Seine

LES

MALADIES COLONIALES EN FRANCE AVANT & APRÈS LA GUERRE

LEUR INFLUENCE SUR LA MORBIDITÉ GÉNÉRALE PLUS PARTICULIÈREMENT A PARIS ET DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Président : M. JEANSELME, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928 — N° —

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Lucien JAÏS

Né à Alger, le 14 Février 1898

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ex-interne de l'Hôpital Départemental de la Seine

LES

MALADIES COLONIALES EN FRANCE AVANT & APRÈS LA GUERRE

LEUR INFLUENCE SUR LA MORBIDITÉ GÉNÉRALE
PLUS PARTICULIÈREMENT A PARIS
ET DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Président : M. JEANSELME, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

—

1928

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BI..ET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirugicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de Clinique de syphyligraphie
et des maladies exotiques.
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage reconnaissant pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TANON

Chargé de cours à l'Institut de Médecine Coloniale

Médecin inspecteur des épidémies

Chevalier de la Légion d'Honneur

Faible témoignage de reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoigné. Qu'il trouve en ce travail inspiré par lui l'expression de ma profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

M. le Docteur LE NOIR (1920).

EXTERNAT

M. le Docteur RIST (1920-1921), Médecin de l'Hôpital Laënnec.

M. le Docteur MACAIGNE (1921-1922), Médecin de l'Hôpital Tenon.

M. le Docteur COMTE (1922-23), Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

M. le Docteur BARBIER (1923-24), Médecin de l'Hôpital Herold.

M. le Docteur WEILL-HALLE (1924-25). Médecin de l'Hôpital de la Charité.

A MES MAITRES DE L'HOSPICE DEPARTEMENTAL
DE LA SEINE
(*Internat*)

M. LE DOCTEUR MAURICE LASNIER (1926-1928)

Que nous tenons à remercier de sa bienveillance et de son enseignement au cours de mes deux années d'internat.

M. LE DOCTEUR HENRI FRANÇAIS (1925)

A MM. LES DOCTEURS FRANÇOIS-DAINVILLE,
RAYMOND FRANÇAIS, MARCEL SENECHAL

INTRODUCTION

Les maladies qu'on appelle actuellement tropicales, c'est-à-dire celles qui sont spéciales aux pays chauds ont-elles beaucoup chargé la morbidité générale, ou plus exactement la statistique, seule base officielle d'après laquelle nous pouvons établir un jugement? C'est là une question qui est intéressante au point de vue épidémiologique et dont il faut d'abord bien définir la compréhension.

Ces maladies s'observaient exceptionnellement avant la guerre en France. Mais depuis, les recherches se sont multipliées, les observations également, et il est d'opinion courante aujourd'hui de penser qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'avant la guerre.

A l'instigation de M. Tanon qui, dans la *Tribune Médicale* de décembre 1927 a publié un article sur la question, nous avons essayé de chercher dans ce travail si l'opinion courante était généralement justifiée et nous pensons avec lui que cette augmentation est plus apparente que réelle.

Il est évident, en effet, que, avec les échanges

incessants qui résultent de la rapidité des communications modernes, une maladie des pays chauds peut être transportée par un individu en incubation jusque sous un climat tempéré.

Dans ces cas, nous verrons évoluer dans la Métropole une affection tropicale type avec la symptomatologie qu'elle aurait dans son pays d'origine.

Telles sont les grandes endémies, comme la peste, le choléra, d'une part, et, d'autre part, des maladies moins graves, comme le Kalar-Azar, le paludisme, la dysenterie, la filariose et même le typhus exanthématique, encore qu'il ait été démontré que ce dernier est rare en France et que le typhus « meure » en passant les frontières comme l'ont dit Thoinot et Dubief dans la préface de la Traduction du Traité de Murchison.

Envisagées à ce point de vue, les maladies tropicales ont toujours existé en France et parfois même d'une façon assez intense. Il est tout naturel que ce soit celles dans lesquelles le mode de transmission s'effectue aussi bien sous un climat tempéré que sous un climat chaud que l'on ait le plus souvent observées.

Aussi bien l'exemple en est donné pour la peste, le choléra, le paludisme qui trouvent dans nos régions des conditions de propagation parfaitement favorables.

Ceci nous amène à rechercher les caractéristiques des maladies tropicales et à tâcher de les délimiter.

HISTORIQUE GÉNÉRALE ET DÉFINITIONS DES MALADIES TROPICALES

Définir et délimiter exactement les affections tropicales est chose assez difficile et nous croyons qu'un bref historique de ces maladies en France doit nous éclaircir, au moins en partie, à propos de cette définition.

Un grand nombre de ces affections exotiques, comme nous venons de le dire, étaient autrefois couramment observées en France, et étaient même plus fréquentes qu'aujourd'hui.

Nous ne gardons, en effet, que le souvenir de la période qui s'est écoulée entre le milieu du XIX[e] et le commencement de celui-ci, où les savants étudiaient la pathologie de leurs pays respectifs, et où sous l'influence de certaines raisons étudiées plus loin, la fréquence des maladies tropicales diminuait.

Mais avant cette période, de graves épidémies avaient fortement atteint la santé publique et ces épidémies de maladies tropicales, peste, choléra surtout, entraînèrent une morbidité et une mortalité élevée.

De même après les guerres de l'Empire, dans la première moitié du XIX[e] siècle, le choléra, la dysenterie, le typhus, la fièvre récurrente règnent en France pour s'éteindre peu à peu. Il faut donc reconnaître qu'il y a une centaine d'années les affections tropicales étaient plus fréquentes qu'actuellement.

A partir de ce moment, la situation va se modifier.

Sous certaines influences, les unes naturelles comme les modifications du climat, les autres dues à l'activité humaine, comme le développement du confort et de l'hygiène, ces maladies devenaient plus rares en France et se trouvaient reléguées dans les pays chauds.

C'est surtout dans la deuxième moitié du XIX[e] siècle que ces affections parurent à peu près écartées de la Métropole et à cette époque les ralentissements des échanges internationaux et coloniaux accentuèrent encore cette disparition.

A cette période, on sépare alors les maladies exotiques des maladies métropolitaines et les monographies de Corre, de Dutroulau, de Fonssagrives les firent considérer comme des maladies des Européens dans les pays chauds, plutôt que comme des maladies propres aux pays chauds. C'est du reste ce que fait fort justement remarquer Nielly dans l'introduction de son traité des maladies exotiques.

Tout à la fin du XIX[e] siècle et au début du nôtre, des facteurs nouveaux ont modifié cette situation.

D'une part des conditions sociologiques. En

effet, la facilité des communications, la rapidté des transports, le développement de l'exode colonial avec comme contre-partie l'organisation régulière des périodes de séjour et de congé des Européens partis aux colonies permirent de revoir en France des maladies perdues de vue et que l'on connaissait alors fort peu.

D'autre part, c'est la période où la parasitologie se développe, où la découverte des protozoaires, en 1903, permet de reconnaître plus facilement une grande partie des maladies tropicales.

Ce fait ne date donc pas de la dernière guerre, mais avait été noté plusieurs années avant 1914, si bien que dès 1909 le Pr. Jeanselme, dans son *Précis de Pathologie exotique*, pouvait écrire ceci :

« Les occasions deviennent chaque jour plus fréquentes, où l'on peut être appelé, en France même, à reconnaître et à traiter des maladies tropicales. L'accroissement colossal des relations qui unissent les pays d'Europe aux contrées chaudes, l'importance et la mise en valeur de notre grand empire colonial, la facilité toujours plus grande des voyages lointains, et le goût si vif qu'on y a pris, toutes ces raisons s'unissent pour que les cas d'amibiase, de lèpre, de dermatose exotiques s'observent assez souvent sans sortir de France. Bien plus, on peut redouter que certaines affections endémiques en Algérie et en Tunisie ne s'implantent sur le continent. »

Cette dernière supposition ne s'est guère réali-

sée jusqu'à présent. Signalons cependant que la mélitococcie, fièvre des régions chaudes méditeranéennes, et décrite jadis avec les maladies exotiques, augmente de fréquence et alors que le premier cas a été décrit par Danlowitz et Tanon, en 1908, à l'heure actuelle, les cas se multiplient dans tout le territoire, comme nous le mentionnons plus loin.

Ainsi donc d'une part : maladies autrefois métropolitaines et aujourd'hui exotiques ; d'autre part, maladies exotiques se propageant dans nos contrées rendent plus difficile la délimitation de ces affections.

Cependant et conformément à l'opinion de Nielly, citée plus haut, on peut considérer certaines affections devenues tropicales sous diverses influences, paludisme ou dysenterie, comme s'opposant à certaines autres qui ne peuvent pas évoluer sur notre sol parce que les parasites qui les transmettent ou leurs agents pathogènes n'y existent pas où ne peuvent y vivre. Ce sont là les maladies à proprement parler tropicales, coloniales et ce sont celles-là seules qu'il faudrait étudier logiquement.

Toutefois, il est admis que celles dont nous venons de parler et qui ont leurs foyers principaux dans les régions chaudes doivent rentrer dans le groupe qui nous intéresse.

Elles sont décrites plus spécialement dans les traités classiques de pathologie exotique et nous comprendrons donc dans nos statistiques toutes les maladies observées en France qui figurent habituellement dans ces traités.

En résumé, les maladies tropicales étant ainsi comprises, leur évolution chronologique comprend trois phases :

1° Jusqu'au XIX^e siècle, grandes épidémies de peste, choléra, dysenterie, donc morbidité très chargée;

2° A la fin des guerres de Napoléon jusqu'à la fin du XIX^e siècle, rareté des maladies tropicales. La lèpre elle-même, maladie pourtant ubiquitaire, mais dont les foyers semblent éteints en France, ne fait plus l'objet d'aucune mesure.

3° A la fin du XIX^e et de nos jours, c'est la période des découvertes scientifiques et des progrès de la bactériologie, de la parasitologie, de l'expérimentation. C'est à ce moment, vers 1909 environ, qu'on comprend surtout la nécessité d'un enseignement tropical, que des Instituts de médecine coloniale sont fondés dans les grands pays et que les maladies exotiques prennent place dans les statistiqnes d'une manière plus courante.

C'est à ce moment, période que l'on pourrait appeler période scientifique dans la chronologie de l'évolution des maladies tropicales en France que M. le Professeur Jeanselme écrivait les lignes citées plus haut.

Dans ces lignes nous trouvons en raccourci toutes les raisons qui militaient alors en faveur du développement de ces maladies. Toutes ces raisons se sont affirmées depuis ce moment et pourtant malgré elles

et malgré la guerre, le développement n'a pas pris les proportions que l'on pouvait craindre.

C'est donc de cette époque que nous ferons partir nos statistiques, puisque c'est à cette époque seulement que l'on suit méthodiquement l'extension de ces maladies. Mais avant de donner les chiffres, nous essaierons de délimiter la valeur de ces statistiques.

VALEURS DES STATISTIQUES

Les statistiques qui vont suivre concernent uniquement Paris et le département de la Seine. Ce sont des chiffres qui nous ont été communiqués par M. Lambert, chef des travaux de la statistique municipale de Paris, que nous remercions ici de son amabilité. Elles reproduisent la morbidité et la mortalité dans les hôpitaux de Paris.

Les statistiques analogues pour la France n'étant pas publiées, nous avons été obligés de nous limiter, quant aux chiffres, à la région parisienne. Cependant nous pensons que leur valeur reste entière, même en ce qui concerne le reste du pays.

En effet, avec Paris, ce sont surtout les grandes villes: Marseille, Lyon, Bordeaux où affluent les malades coloniaux et qui présentent le plus de chance de voir leur morbidité affectée par les maladies tropicales.

Les renseignements du reste du territoire seraient donc moins utiles et enfin il est logique de penser que les variations de la morbidité parisienne reproduisent dans leurs grandes lignes celles du pays

tout entier. S'il y avait une différence, nous pensons en tout cas que les chiffres de Paris ne favoriseraient pas notre opinion, la morbidité étant certainement plus forte que dans le reste du territoire pour l'immense majorité des maladies tropicales.

Dans le temps, ces statistiques s'étendent de 1909 à 1914, les postérieurs n'étant pas publiés encore. Elles nous permettent donc de faire une très nette comparaison entre les différentes périodes avant-guerre, guerre, après-guerre.

Nous avons divisé en quatre périodes le temps compris entre 1909 et 1914.

En effet dans la période d'avant-guerre, nous avons considéré d'abord les années 1909 à 1912 qui constituent la période où, comme nous venons de le dire, les affections tropicales font leur apparition dans les statistiques et où on commence à s'y intéresser plus particulièrement.

Puis nous réunissons les années 1913 et 1914, que nous croyons devoir présenter un caractère spécial. En effet, c'est la période de préparation de la guerre qui a entraîné un renforcement des garnisons par des contingents venus des colonies, donc intensification des déplacements de coloniaux dont beaucoup, plus ou moins atteints. Enfin, signalons que dès cette période, des troupes sénégalaises viennent déjà en France tenir garnison dans le Midi.

La période de guerre s'étendra de 1915 à 1919, cette dernière année devant logiquement, nous sem-

ble-t-il, se rattacher à la guerre, car les perturbations causées par cette dernière font encore sentir leur influence dans la question qui nous occupe.

Enfin, de 1920 à 1924, c'est la période d'après-guerre et de réorganisation.

Représentant d'autre part les malades hospitalisés, ces statistiques concernent donc les malades atteints d'une façon sérieuse ou grave, donc les cas ayant réellement influé sur la morbidité.

Il est certain que, à côté de ces malades, nombre d'autres atteints de cas bénins ou d'affections légères telles que les leishmanioses, les filarioses, et le kala-azar même ne figurent pas dans ces tableaux. Les sujets ne sont pas à proprement parler des malades, ils suivent un traitement ambulatoire, vaquent à leurs occupations et socialement ne sont pas des malades. La plupart de ces cas concernent des maladies contractées aux pays chauds, maladies importées qui disparaissent rapidement sous l'influence du climat et du traitement.

Dans ces conditions, il est évident que ces chiffres ne représentent pas tous les cas ayant existé à Paris.

Mais ce qui est important à notre sens et ce sur quoi nous insisterons, ce sont les variations de ces chiffres en fonction des différentes périodes envisagées, variations qui nous permettent de nous faire une idée de l'évolution des affections tropicales en France et d'en conclure que l'influence de ces

affections exotiques sur la morbidité générale ne s'est que peu modifiée entre les périodes avant-guerre et après-guerre.

C'est dans cet esprit que nous allons étudier les statistiques de ces dernières années.

STATISTIQUES
DE LA PÉRIODE D'AVANT-GUERRE
de 1909 à 1912

Nous publions ci-contre les chiffres concernant les statistiques de la période d'avant-guerre où l'on commence à étudier systématiquement les affections tropicales.

Nous voyons que déjà le paludisme et la dysenterie sont beaucoup plus fréquents par rapport aux autres affections.

Statistiques de la période d'avant-guerre

MALADIES	1909		1910		1911		1912	
	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité
Typhus exanthématique	1	0	0	0	5	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0
Choléra asiatique	0	0	0	0	0	0	0	0
Spinochétose ictéro hémorragique	0	0	0	0	0	0	0	0
Dysenterie	44	5	39	3	35	6	14	0
Paludisme dont	67	3	95	8	98	4	67	2
Cachexie paludéenne	10	1	13	0	14	1	7	1
Ankylostomiase	»	»	7	0	3	0	20	2
Fièvre récurrente	5	0	23	0	8	0	7	0
Lèpre	7	0	20	1	15	1	10	2
Pellagre	6	0	5	2	0	0	0	0
Béri-béri	»	»	13	11	7	0	0	0
Scorbut	39	6	27	2	57	11	61	5
Trachome	18	0	113	0	58	0	103	0
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0
Chylurie	»	»	68	6	83	19	266	92

PERIODE D'AVANT-GUERRE

Les statistiques de 1913 *et* 1914

Voici le deuxième tableau de ces chiffres représentant les deux années précédant immédiatement la guerre.

Dans l'ensemble, ces chiffres n'attirent aucune remarque particulière. Les maladies tropicales existent déjà et certaines sont représentées par un chiffre assez élevé. Signalons en particulier le béri-béri dont l'augmentation est très brusque après l'arrivée en France des contingents annamites, mis au repos en 1914 et qui se signale dès cette année par une morbidité et surtout une mortalité importante par rapport à l'année précédente : plus de 50 %.

Mentionnons seulement que le trachome n'a pas paru augmenter beaucoup, fait qui s'explique par son importation assez fréquente en France.

Le trachome existait déjà en France depuis de longues années. Cette affection vient essentiellement de l'Afrique du Nord et est d'ailleurs l'objet d'une surveillance très sévère puisqu'il existe une ligue contre le trachome.

MALADIES	1913		1914	
	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité
Typhus exanthématique	1	1	2	1
Peste	0	0	0	0
Choléra asiatique	0	0	0	0
Spinochétose ictéro hémorragique	0	0	0	0
Dysenterie	10	2	62	10
Paludisme dont	136	4	49	3
Cachexie paludéenne	57	1	6	1
Ankylostomiose	28	11	16	0
Fièvre récurrente	33	0	3	0
Lèpre	10	3	13	1
Pellagre	0	0	1	0
Béri-béri	2	1	41	28
Scorbut	68	0	67	13
Trachome	104	0	65	0
Fièvre jaune	0	0	0	0
Chylurie	176	46	163	30

LES STATISTIQUES

PÉRIODE DE GUERRE

Comme on peut le voir par les chiffres ci-dessous, les maladies tropicales sont en général en augmentation limitée. La surveillance hygiénique est, du fait même des circonstances, très sévère et comme l'ont bien montré Girard et Bouin dans la *Revue d'Hygiène* 1921 en étudiant l'organisation de la police sanitaire maritime.

En effet, après une courte période de désorganisation due à la mobilisation des cadres des services sanitaires maritimes, le Service de santé de la marine de guerre prend la direction des services.

Cette concentration et cette unité de direction va faciliter la tâche du Service de Santé. La surveillance des provenances et la protection du littoral contre l'importation par voie de mer, voie la plus dangereuse à ce point de vue, deviennent extrêmement efficaces.

Les dispositions les plus minutieuses étaient prises dans les ports pour éviter la propagation des maladies contagieuses dans la population. Moyens

d'isolement, désinfection des bâtiments, observation très étroite des foyers contaminés, furent les causes principales permettant de circonscrire le mal.

Les mesures s'avèrent plus serrées encore dans le bassin méditerranéen dont les ports furent si souvent éprouvés par les épidémies de maladies exotiques.

Un grand centre hospitalier de filtrage avec laboratoire de bactériologie et service de désinfection fut créé à Moudros et tout navire venant en France devait y être examiné.

Un deuxième centre de filtrage fut construit à Bizerte et une double visite réduisait au minimum les cas importés.

MALADIES	1915		1916		1917		1918		1919	
	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité
Typhus exanthématique	39	15	29	1	2	0	10	2	31	8
Peste	0	0	0	0	1	0	?	0	0	0
Choléra asiatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spinochétose ictéro-hémorragique	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0
Dysenterie	76	10	83	5	53	5	265	57	244	18
Paludisme dont	69	11	75	6	133	5	142	6	171	6
Cachexie paludéenne	8	0	9	1	38	1	8	4	22	0
Ankylostomiose	31	3	12	0	19	0	9	2	6	0
Fièvre récurrente	41	14	14	1	11	1	10	0	5	0
Lèpre	16	4	7	3	6	1	7	1	4	1
Pellagre	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Béri-béri	6	6	1*	16	0	0	8	0	7	0
Scorbut	21	5	9	2	13	2	14	2	18	6
Trachome	27	0	13	0	9	0	5	0	6	0
Fièvre jaune	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Chylurie	60	7	30	5	61	2	31	4	55	9

C'est cette organisation, dont les résultats, dit M. le Médecin Inspecteur Général Chevalier, de l'Académie de Médecine, « démontrent que les mesures prises furent suffisantes, puisque le sol français est resté indemne, malgré les risques de contagion qui l'ont menacé et bien que pendant plus de quatre années des millions de malades avaient été rapatriés des armées d'Orient ».

Notons cependant l'augmentation des cas de typhus exanthématiques nécessairement importés par les militaires de l'armée d'Orient dont nous venons de parler. Leur nombre est infime eu égard aux épidémies extrêmement graves qui sévissaient en Orient. L'évolution des chiffres du typhus est d'ailleurs très caractéristique. Augmentation les deux premières années par suite de la désorganisation. Diminution considérable en pleine guerre, moment où les mesures sont rigoureusement appliquées et reprise en 1919, année de désorganisation par suite de la réadaptation à un nouvel état de choses.

Notons aussi l'augmentation des cas de paludisme et de dysenterie.

La diminution paradoxale des cas de trachome s'explique aussi par le fait que les indigènes atteints de trachome étant pour la plupart mobilisés étaient soignés dans les hôpitaux militaires, alors que ces statistiques concernent les hôpitaux de l'Assistance publique.

LES STATISTIQUES

PÉRIODE D'APRÈS GUERRE

Nous entrons après la guerre dans une période de réorganisation considérable et qui explique le relâchement apporté aux mesures générales d'hygiène.

MALADIES	1920		1921		1922		1923		1024	
	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité	Morbidité	Mortalité
Typhus exanthématique .	4	0	17	0	1	0	10	0	7	0
Peste	51	4	44	4	17	2	4	0	15	4
Choléra asiatique	25	2	6	2	73	0	55	4	0	0
Spinochétose ictéro-hémorgique	0	0	69	0	43	0	0	0	11	0
Dysenterie	337	33	178	29	176	22	197	43	309	25
Paludisme dont	272	8	255	1	208	0	246	7	258	14
Cachexie paludéenne	24	2	18	0	23	0	12	0	40	1
Ankylostomiose	11	6	16	0	18	0	16	0	5	1
Fièvre récurrente	54	14	1	0	25	0	14	2	26	0
Lèpre	0	0	8	0	1	0	1	1	2	0
Pellagre	10	0	0	0	0	0	8	0	0	0
Béri-béri	0	0	0	0	1	0	15	1	7	0
Scorbut	18	4	18	2	18	0	33	0	15	0
Trachome	119	1	98	0	9	0	24	0	96	0
Fièvre jaune	0	0	69	0	43	0	0	0	11	0
Chylurie	47	3	54	17	34	7	49	12	42	4

D'autre part, c'est le moment où la main-d'œuvre manque et où les nécessités contraignent de laisser entrer plus librement les immigrants, immigrants qui sont précisément ceux des habitants de leur pays observant le moins les mesures d'hygiène.

Un exemple nous en est très nettement donné par la variole. Celle-ci était disparue en France avant la guerre et réalise le type de l'affection des pays tempérés rélégués aux pays chauds par suite des mesures d'hygiène, en l'espèce la vaccination et revaccination obligatoire. Nous ne l'avons donc pas noté dans les statistiques, mais il est intéressant de savoir comment cette affection a pu réapparaître en France. M. Tanon en a analysé les causes au Congrès de Rabat 1927 et dans un article paru dans le *Bulletin Médical* de 1927.

La variole fait sa réapparition en 1921 en Europe dans des pays à vaccination non obligatoire, Suisse en particulier.

En France, elle aparaît en 1925 où elle fut introduite par des travailleurs indigènes non vaccinés, venus de l'Afrique du Nord et ayant échappé à la surveillance. En outre cette épidémie est favorisée parce que un certain temps la variole fut confondue avec l'alastrim.

En fait, l'épidémie en 1925 se présente ainsi : cas chez un Algérien et poussée dans l'entourage de ce malade et puis l'affection gagne Paris.

En 1926, deuxième poussée calquée sur la pré-

cédente et dont l'origine est encore un cas observé sur un indigène algérien.

Donc, maladie importée, mais contrairement aux autres maladies observées dans les régions chaudes, cas autochtones nombreux. Cependant les mesures sanitaires sont arrivées à limiter l'épidémie à l'heure actuelle les cas sont peu nombreux.

Il n'en est pas moins vrai que le contrôle sanitaire aux frontières est des plus difficile et qu'il est souvent matériellement impossible ; que d'autre part certains pays comme la Suisse et l'Angleterre où la vaccination n'est pas obligatoire, défendent leurs nationaux contre cette mesure en France.

Ceci nous prouve que la variole réléguée dans les pays chauds et sans organisation sanitaire pourrait à la moindre défaillance reprendre la place qu'elle occupait jadis dans la nosologie métropolitaine.

Il en est de même de la peste qui a fait un retour offensif en France et dans d'autres pays et qui a donné lieu à l'épidémie de 1920, dont la relation a été faite par MM. Teissier, Tanon, Gustinel et Reilly à S. M. H. Nous reviendrons un peu plus loin sur cette épidémie.

La démobilisation en outre a rendu à la vie civile des sujets alors soignés dans les hôpitaux militaires et qui viennent compter maintenant dans les statistiques de l'Assistance publique.

Dans l'ensemble, on constate que la morbidité peu augmentée par rapport à l'avant-guerre sur l'année 1920, va aller en décroissant avec les années,

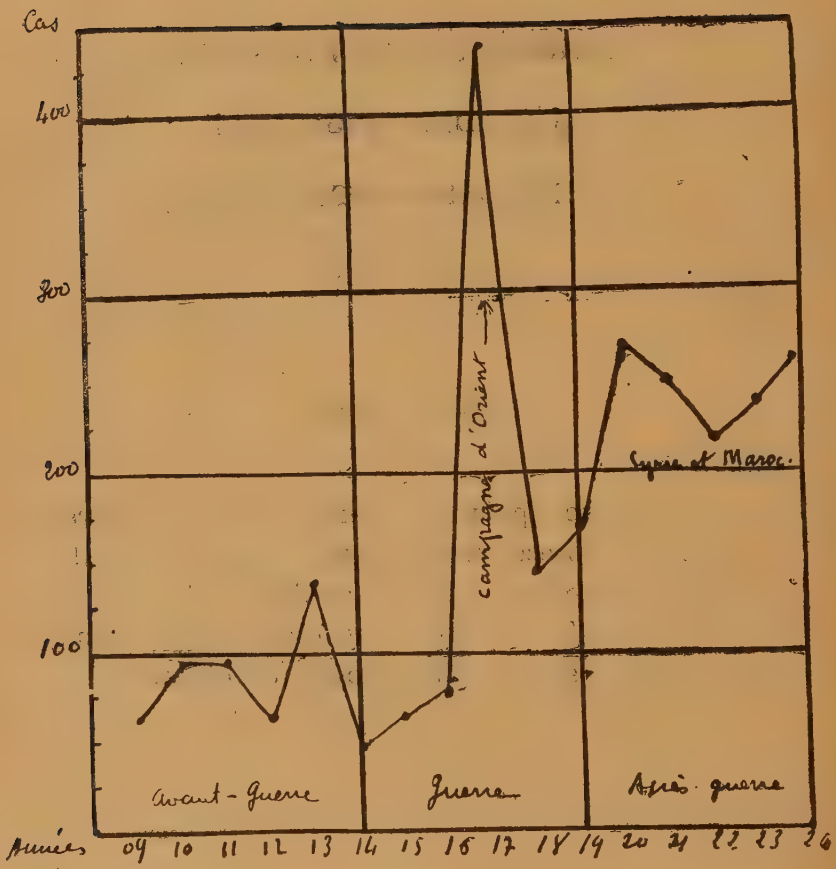
sauf pour deux affections: la dysenterie et le paludisme dont les chiffres sont très nettement supérieurs à ceux des périodes d'avant-guerre mais restent sensiblement en plateau depuis 1920.

Ceci nous amène à interpréter les statistiques que nous venons de publier et à reprendre une à une toutes les affections exotiques observées en France. Nous considérerons d'abord les affections citées plus haut et ensuite celles qui, bien qu'absentes dans nos statistiques, n'en ont pas moins droit à quelques considérations spéciales.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES FIGURANT DANS LES STATISTIQUES

Le Paludisme

L'infection palustre, comme nous le montrent les chiffres précédents que nous avons schématisé sur la courbe ci-contre pour mieux les mettre en évidence, présente une statistique nettement augmentée par rapport à la période d'avant-guerre.



Courbe de morbidité du Paludisme

Aussi insistons-nous sur cette affection pour tâcher d'expliquer cette augmentation plus apparente que réelle croyons-nous.

Gallais, dans sa thèse de Paris 1925 « Le paludisme en France autrefois et aujourd'hui », thèse inspirée par M. Tanon, a fort bien étudié la question.

Tout d'abord il est évident que le paludisme est le type de l'affection des pays tempérés devenus exotiques sous l'action de divers facteurs que nous étudierons plus loin.

Au XVIII^e^ siècle, il semblait répandu sur tout le territoire depuis plusieurs centaines d'années. Dès le XVII^e^ siècle, en tout cas, les fièvres quarte ou tierce étaient fort bien connues des cliniciens de l'époque.

Mais c'est surtout pendant le XIX^e^ que les progrès de la culture favorisent la disparition de la maladie et il apparaissait comme à peu près disparu avant la guerre.

Cependant, en 1913, les statistiques montrent encore 136 cas dans les hôpitaux de Paris, c'est ainsi qu'intervient la notion de l'origine de l'infection palustre et de sa classification.

Il est classique en effet de penser que les militaires de l'armée d'Orient de retour en France ont ramené l'infection et ces malades du territoire contaminé présentaient une forme spéciale que l'on appelait « paludisme autochtone ».

Rieux fait la remarque que ces cas de paludisme se présentaient surtout dans des régions autrefois impaludées ou marécageuses a divisé ces formes en

« paludisme autochtone importé » et « paludisme autochtone proprement dit ».

François Dainville et Gallais (communication à la Société de Médecine et d'Hygiène tropicale) ont été plus loin dans leur classiffication et ils ont proposé celle-ci :

1° *Le paludisme local* est celui où l'affection est uniquement française par sa source et sa propagation ;

2° *Le paludisme importé* concerne les cas où un individu contaminé hors de France présente des accès une fois revenu dans la Métropole ;

3° *Le paludisme autochtone* enfin serait la transition entre les deux formes précédentes et comprendrait les cas dans lesquels les germes ont été apportés dans une région au climat et à l'orographie favorables, par des individus contaminés hors de France, il s'y forme un foyer plus ou moins important et les habitants du pays sont atteints.

Bien qu'on puisse opposer à cette classification qu'il s'agit surtout là d'une question de mots, elle nous sera fort utile pour interpréter l'augmentation des cas de paludisme après la guerre.

Dans quelle catégorie en effet pouvons-nous ranger les malades observés ?

Si nous nous limitons à Paris, nous pouvons affirmer que le paludisme local, suivant la définition que nous venons de rappeler, y est pour ainsi dire absent. Même dans la région parisienne, on n'a guère

constaté que de très rares cas dans la vallée de la Bièvre.

Le paludisme autochtone y est également fort rare. Ce n'est guère que dans les bois de Boulogne, Saint-Cloud ou Vincennes que la présence d'anophèles a été dûment constatée. Les anophèles ne piquent que la nuit, il est bien exceptionnel que les paludéens en crise soient piqués la nuit à Paris. En l'admettant, il est encore aussi naturel de penser que les habitations de Paris sont protégées contre les moustiques et qu'il soit encore plus rare que des sujets sains soient contaminés par ces anophèles.

Et pourtant comme le montrent les statistiques ci-dessus, c'est à Paris que les cas sont le plus fréquemment observés. Nous sommes bien obligés de conclure qu'il s'agit là de paludisme importé. Ce sont donc des paludéens contaminés dans les pays chauds qui rentrent en France avec leurs crises et viennent s'y faire soigner.

Leur augmentation s'explique justement par la lutte sévère organisée contre la malaria dans le monde entier, lutte qui a fait connaître la quinine et ses bienfaits aux impaludés et les poussent ainsi à se faire soigner dès les premiers troubles. Ajoutons aussi que depuis la guerre le public a plus volontiers recours au médecin, c'est là un fait universellement reconnu.

D'ailleurs, chez ces malades atteints de paludisme importé, même s'ils sont insuffisamment traités, les crises s'espacent peu à peu et finissent par

disparaître. Les hémotozoaires eux-mêmes finissent par pulluler de moins en moins et si on se demande pour quelles raisons malgré l'importance du paludisme importé, le paludisme autochtone est si rare, on les trouve dans les raisons classiques concernant l'épidémiologie, c'est-à-dire les progrès du confort et de l'hygiène et le développement de la culture réduisant au minimum les régions marécageuses.

Rieux, en 1918, comptait 258 cas, chiffre infime par rapport aux milliers de paludéens exotiques et Alinat dans sa thèse arrivait à la même conclusion.

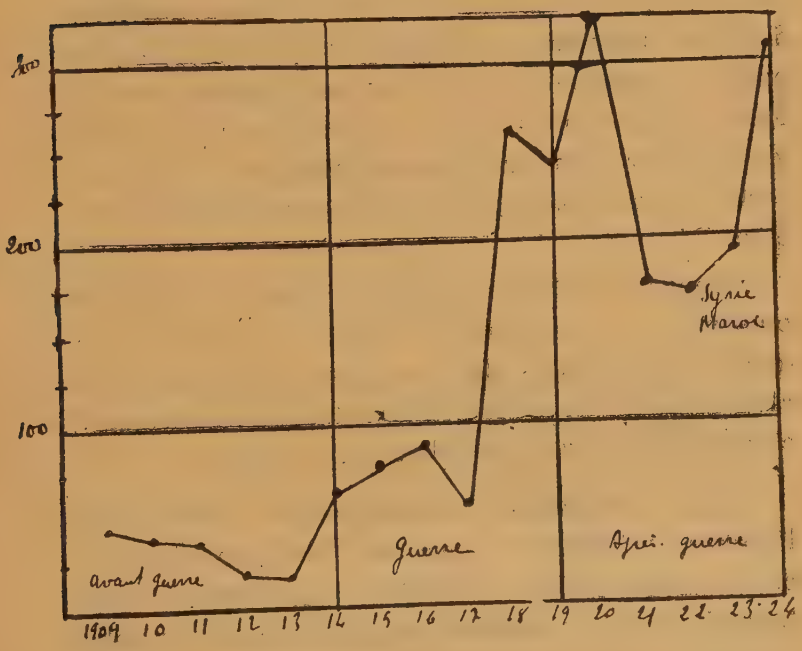
Ce que nous venons de dire de Paris s'applique aussi bien à Marseille, à Bordeaux et à Lille, centres classés comme foyers de paludisme local et où pourtant les cas de paludisme sont très fréquemment observés dans les hôpitaux : paradoxe qui s'explique facilement par le fait que ce sont des lieux importants de concentration des coloniaux.

Les travaux et les recherches d'Alinat, à Montpellier, de Bauche, à Lille, de Fournials, à Bordeaux, de Villon, à Lyon, montrent que, à peu de choses près, les conclusions précédentes pourraient s'appliquer à ces grands centres.

Nous nous croyons donc en droit de dire que l'augmentation des cas de paludisme du point de vue où nous nous plaçons est plus apparente que réelle et que l'on ne peut faire compter dans la morbidité d'un pays, des cas de maladie qui, pour la presque totalité, ont été contractés à l'étranger.

La Dysenterie

Comme pour le paludisme, la schématisation sur une courbe des statistiques concernant les dysenteries, montrent une augmentation marquée depuis et après la guerre.



Courbe de morbidité de la Dysenterie

dans les Hopitaux de Paris

Comme pour le paludisme, d'ailleurs, un certain nombre de raisons justifie en partie, mais en partie seulement, cette augmentation.

L'étude de la dysenterie en France avant, pendant et après la guerre va nous préciser ces raisons.

L'étude des dysenteries est une des plus récentes parmi celles des maladies tropicales et c'est en 1903 seulement que Schaudim sépare les deux amibes, dont une seule est pathogène. Or, dès 1904, Dopter publie le premier cas de dysenterie autochtone en France et ceci nous amène à penser que déjà dans les cas observés en France antérieurement à la découverte de l'agent pathogène, quelques-uns étaient amibiens.

Cependant il faut convenir qu'elle restait rare puisqu'en 1914 Landouzy et Debré n'en rapportaient que 14 observations classées. L'opinion qu'elle était rare persistait donc alors, surtout dans les ouvrages classiques qui étaient d'ailleurs trop absolus.

Ceci n'empêchait pourtant pas que, dès 1913, le Professeur Chauffard, avec une remarquable prescience, soutenait que l'affection était moins exceptionnelle que l'on voulait bien le dire, que son polymorphisme le faisait souvet méconnaître et que, en tous cas, son extension était à craindre. A cette époque, d'ailleurs, outre les publications de Chauffard, celles de Baudin, Lagane, Paviot et Garin, montrent que l'attention des chercheurs s'était orientée vers cette maladie.

De fait, pendant la guerre, elle se développe, et, en 1915, Ravant signale le premier cas d'amibiase autochtone sur le front français; une épidémie se déclare dont 17 % des troubles intestinaux étaient caractérisés par la présence d'amibes.

Plus tard, Ravant étudie l'affection à Marseille et trouve les proportions suivantes :

19,5 % évacués d'Orient ;

25 % coloniaux ;

15 % front français ;

21,3 % intérieur.

chiffres considérables mais qui s'expliquent par la région étudiée.

La situation paraît stationnaire pendant la guerre encore que dans certaines épidémies, comme le rapporte Dopter, l'amibe ait été absente dans 70 % des cas et que l'on n'ait pu par conséquent affirmer qu'il s'agissait d'amibiase.

En 1919, Charpin, dans sa thèse consacrée à l'amibiase chronique en France, écrivait ceci : « De plus, nous savons maintenant dépister des cas d'amibiase qui passaient jadis constamment inaperçus et nous avons la conviction que les foyers méconnus d'amibiase ne manquaient pas en France avant la guerre, en particulier le long du littoral méditerranéen ».

Ainsi il confirmait six ans plus tard l'opinion émise par Chauffard dès 1913.

Donc amibiase méconnue avant la guerre, attention plus souvent attirée vers elle depuis, emploi systématique du microscope, amélioration des techniques microscopiques quant à la recherche des parasites sont une série de raisons expliquant en partie l'augmentation de la maladie.

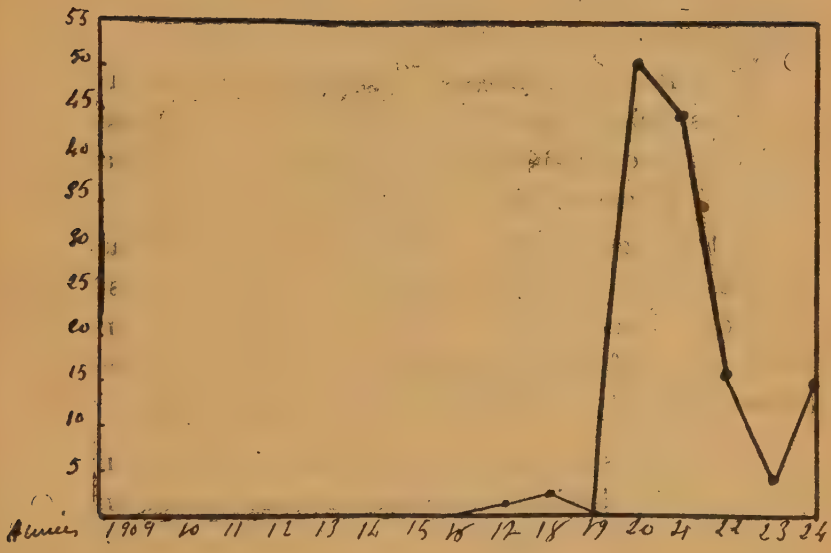
D'autre part, si les cas importés sont toujours nombreux, les cas autochtones tendent à diminuer et une des raisons principales est que les amibes n'ont pu cultiver dans les milieux intermédiaires comme dans les eaux chaudes tropicales.

Ceci posé, il faut reconnaître que la dysenterie a augmenté, mais dans des proportions beaucoup moins considérables qu'on ne le croyait il y a quelques années et surtout qu'on pouvait le craindre, étant donné les circonstances.

La Peste

La peste constitue le type des affections exotiques apparaissant par épidémies à la suite des grands cataclysmes sociaux, guerres en général.

La courbe est ici singulièrement évocative et délimite très nettement l'apparition rapide et la décroissance progressive de l'épidémie.



Courbe de morbidité de la Peste

dans les Hôpitaux de Paris

Les renseignements que l'on peut puiser dans des communications sur l'épidémie ont été singulièrement précieux pour interpréter la valeur des statistiques. C'est à l'hôpital Claude-Bernard, en effet, que tous les pesteux ou presque de Paris étaient soignés et les travaux du Professeur Teissier et de ses collaborateurs en ont précisé l'importance.

Or, tandis que les chiffres officiels donnent 51 cas pour 1920, il y en eut en réalité 72, alors qu'en

1921, il y en eut beaucoup moins de 44. Cela tient à ce que les déclarations ne prennent place dans les statistiques qu'une fois classées.

Il ne faut pas d'ailleurs se montrer trop rigoureux dans l'appréciation des résultats et nous croyons qu'il est surtout intéressant au point de vue de la morbidié de noter l'allure générale de la courbe.

Notons également qu'à l'époque plusieurs cas de peste n'ont pas été reconnus par les médecins, étant donné la rareté de l'affection. Signalons en outre que les formes ambulatoires relatées dans les thèses de Rio et de Karsenty passaient inaperçues.

En tout cas, malgré ces remarques, il est certain que la peste a diminué et presque disparu puisqu'en 1927 il n'en a été noté qu'un cas à l'hôpital Claude-Bernard.

La fréquence de cette affection a donc repris aujourd'hui le niveau d'avant-guerre.

Spirochétose ictéro-hémorragique

Ce que nous venons de dire de la peste peut s'appliquer presque mot pour mot à la spirochétose ictéro-hémorragique.

A peu près inconnue avant la guerre en France, cette affection fait son apparition en 1920-1922 et donne lieu à des recherches qui permettent de caractériser très nettement le type clinique de l'affection. Celle-ci, d'importation japonaise, va aller en dimi-

nuant dès 1923, et paraît à l'heure actuelle assez exceptionnelle.

On peut rapprocher de la spirochétose, la fièvre jaune, extrêmement rare en France. On a signalé avant la guerre les épidémies de Bordeaux, Saint-Nazaire, Pauillac, qui, d'ailleurs, ne durent pas et ceci pour les raisons que le stégomya hôte intermédiaire du virus en cause, ne peut s'acclimater en France et par conséquent transmettre l'affection.

La Filariose

Cette maladie n'est pas notée dans les statistiques, mais nous y voyons un grand nombre de cas de chylurie. Or, si ce symptôme est caractéristique de filariose, il faut cependant savoir que l'on observe couramment dans nos climats une chylurie passagère ou durable avec bon état général et dont l'étiologie est encore inconnue.

Cependant, la filariose existe en France mais en nombre tout à fait restreint.

On en observe en moyenne une douzaine par an, surtout dans les grandes villes Paris, Lyon, Strasbourg. Ces filarioses ne sont généralement pas déclarées, n'ayant d'ailleurs pas lieu de l'être. Le filarien suit son traitement d'une façon ambulatoire et ne charge pas la morbidité. C'est généralement dans les comptes rendus des Sociétés savantes qu'on les trouve relatées. Citons pour les travaux ré-

cents Blum, Boëz et Schwab qui ont traité une Filaria Loa à Strasbourg en 1924 ; Roques et Chatelier qui en janvier 1925 ont étudié le traitement d'une chylurie filarienne ; Giraud qui dans sa thèse de 1920 sur le traitement des filiarioses par les arsenicaux en rapporte plusieurs observations et ces publications même prouvent leur rareté en France.

Quant aux autres affections signalées dans les statistiques, typhus exanthématique, choléra, fièvre récurrente, nous voyons qu'elles sont devenues à des chiffres égaux ou même inférieurs à leur taux d'avant-guerre. Elles ne surchargent guère la morbidité dans la région Parisienne.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots des affections non citées dans les statistiques.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES TROPICALES NE FIGURANT PAS DANS LES STATISTIQUES

Mélitococcie

Cette affection est de découverte récente : décrite pour la première fois par Burnett, puis par le major Boileau en 1865, elle avait fait son apparition en France bien avant la guerre. En effet, cette affection, bien que décrite dans les ouvrages spéciaux de pathologie exotique, s'étendait en réalité dans tout le bassin méditerranéen. Dès 1909 les premiers cas apparaissent sur la côte d'Azur, mais également à Paris, Lyon, Lille.

Après 1911 l'affection semble diminuer et devient plus rare.

En 1921 et 22, soit 3 ans après la cessation des hostilités, se produit une nouvelle recrudescence.

A l'heure actuelle la mélitococcie a envahi 14 de nos départements du Sud et sa constatation n'est pas rare dans les autres régions.

Vincent d'ailleurs, le 30 juin 1922, à l'Académie de Médecine attirait l'attention sur le danger de cette affection et sur sa propagation.

Nous avons parlé de cette maladie parce que décrite classiquement avec les maladies exotiques, mais avec le Pr Tanon il nous semble que l'on ne doive pas considérer cette affection comme tropicale.

LEISHMANIOSES

Ces affections ne figurent pas non plus dans les tableaux que nous avons publiés plus haut et pourtant leur présence en France est connue depuis longtemps.

A Paris, dès 1829, Alibert décrit le bouton d'Orient. Plusieurs thèses sont soutenues et on en signale à Limoges, Versailles, Montpellier, Lille et Paris.

En 1882, Galy-Bruilat relatait dans sa thèse les cas observés en France. Deux ans plus tard Boinet et Deperet observent une épidémie de boutons d'Orient au camp de Satoney dans un bataillon retour de Tunisie, ils en signalent alors deux cas autochtones. De 1884 à 1898 les cas se multiplient.

Plus près de nous citons en 1912 l'auto-observation du major Ufferte ; en 1914 les cas de Gaucher et Marcel Bloch et les deux cas du Pr Jeanselme.

Pendant la guerre les cas ne paraissaient pas plus nombreux, mais Pernin pense que bien des cas doivent passer inaperçus à cette époque.

Après la guerre une certaine importance persiste et Gasou de Saint-Louis a pu diagnostiquer cinq cas nouveaux, tous d'ailleurs contractés dans les pays

chauds : mais dont les uns étaient déjà en évolution et dont les autres se déclaraient seulement après le retour en France.

Quant aux cas autochtones ils sont rares et on peut signaler à ce sujet le cas publié par Ravant en 1919.

L'analyse de tous ces cas publiés ou rapportés dans la thèse de Pernin, montre qu'on en observait autant il y a vingt ans que maintenant et que tous les malades n'étaient pas « malades » au sens médical du mot. Ils ne pouvaient être déclarés tels et c'est pour cela qu'on n'en trouve pas mention dans les statistiques.

Quant aux leishmanioses viscérales et en particuliers le Kala-azar, elles restent rares en France, surtout chez les sujets ne l'ayant jamais quittée.

***

Toutes ces réflexions peuvent s'appliquer aux helminthiases, à la maladie du sommeil, celle-ci en particulier fournit chaque année un contingent de trois à quatre malades chiffre qui n'est en rien supérieur à celui observé avant la guerre. D'autre part l'absence de mouche tsé-tsé en France en évite la propagation.

La même remarque concerne également les Bilharzioses dont on observe un nombre de cas limités en France, mais dont le germe ne peut s'acclimater, ce qui laisse l'affection limitée aux cas importés.

CONCLUSIONS

I. — Les maladies exotiques malgré ce qu'on pouvait en croire, n'ont que très peu influé sur la morbidité générale à Paris depuis la guerre.

II. — Pour les deux affections dans lesquelles l'augmentation est la plus marquée, c'est-à-dire le paludisme et la dysenterie, il s'agit uniquement de cas importés ; *le paludisme* autochtone étant resté au niveau d'avant-guerre ou ayant diminué suivant les régions, et *la dysenterie* étant également importée le plus souvent, l'augmentation des cas autochtones restant limitée.

III. — Les progrès de la technique de laboratoire, l'attention attirée vers ces affections par le développement colonial et la guerre, le fait que les sujets se font plus volontiers soigner qu'avant-guerre rendent compte de l'augmentation des cas diagnostiqués.

IV. — Les cas autochtones de ces différentes affections manquent ou sont très rares par la raison que dans l'immense majorité des cas, le climat, l'ab-

sence de l'hôte intermédiaire, l'hygiène et le confort empêchent le parasite de se développer, de vivre et de contaminer les habitants de la Métropole.

V. — Toutes ces affections étant parasitaires, il est vraisemblable, qu'à moins de circonstances exceptionnelles, les progrès de l'hygiène et de la thérapeutique réduiront aux seuls cas importés, les cas de maladies tropicales en France et que leur extension n'est pas à envisager.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. JEANSELME.

Vu et permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Alinat. — Le danger du paludisme importé. (Thèse Montpellier, 1920-1921).

Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale, Mars 1925. La Mélitococcie en France.

D'Astros, Giraud et Raybaud. — Leishmanioses (Société médicale des Hôpitaux, 1922).

Aublant, Dubois, La Fenêtre et Lisbonne. — XII[e] Congrès d'Hygiène, Paris 1925. La Mélitococcie en France.

Bauche. — Le paludisme dans le Nord depuis la guerre. (Thèse Lille, 1922-1923).

Baudin. — Dysenterie amibienne autochtone. (Thèse de Lyon, 1919).

Baugas. — Formes inhabituelles de la fièvre méditerranéenne. — Thèse Paris, 1927).

Basset-Smith (Sir P.). — Dysentery (J. Roy. Hop. M. Serv., London, 1923. IX, 270-274).

Beau. — Hépatite chimique amibienne. (Thèse Paris, 1920-21).

Bertrand. — L'amibiose maladie générale. (Thèse de Paris, 1926).

Beleau. — A propos d'une épidémie autochtone d'amibiase. (Thèse de Paris 1927).

Bizard et Terrien. — Leshmanioses. Société de Pathologie exotique, 1923.

Bordas, Dubief et Tanon. — Quelques considérations sur la peste et sur les rats.

Brochet. — Contribution à l'étude du diagnostic des maladies parasitaires. (Thèse Paris, 1920-21).

Brumpt. — Parasitologie.

Cabiale. — La spirochétose ictéro-hémorragique. (Thèse de Paris 1920-21).

Cade et Vaucher. — Amibiase dysentérique autochtone. Soc. Méd. Hop. 1915.

Carnot et Turquéty. — Maladies d'importation exotique dans la guerre. (Paris-Médical, décembre 1917).

Charpin. — Amibiase chronique en France. (Thèse de Paris, 1919-1920).

Chauffard. — Dysenterie amibienne chronique. — Presse Médicale, 14 mai 1913.

Chauffard. — Rechutes de dysenterie amibienne. Bulletin médical décembre 1913.

Courcoux, Marcel Lelong et Cordey. — Notes sur un cas parisien de mélitococcie. (Soc. Méd. Hop.).

Cuignal. — Diagnostic des dysenteries. (Thèse de Paris, 1925).

Defaux. — Entérocolites à protozoaires. (Thèse de Paris, 1922).

Dubois. — Mélitococcie dans le sud de la France. Thèse de Bordeaux.

Dujardin-Baumetz et Joltrain. — Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 6 janvier 1921.

Eliche. — Paludisme autochtone chez l'enfant. Thèse de Paris, 1924.

Fabre. — Essai sur la filaire de l'œil humain. Thèse Paris, 1924.

Furon. — Un cas parisien de fièvre de Malte. Thèse de Paris, 1924.

Noel Fiessinger et Blin. — Un cas de fièvre de Malte ambulatrice traité par la vaccinothéraphie. (Soc. Méd. des Hop. 23 juin 1922).

Flammarion. — Spirochétose ictérigène à Paris. (Thèse de Paris, 1919-1920).

Fournials. — Le Paludisme à Bordeaux depuis la guerre. Thèse de Bordeaux, 1922.

François-Dainville. — Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicale. 1924.

François-Dainville et Gallais. — Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicale, 1925.

Gallais. — Le paludisme en France autrefois et aujourd'hui. (Thèse Paris, 1925).

Gérard. — Typhus exanthématique. Thèse de Paris, 1918-1919.

Girard et Bonain. — Revue d'Hygiène publique et de génie sanitaire, 1921

Gouillaud. — Helminthiases intestinales. Th. Paris, 1920.

Glaezel. — Bilharziose. (Th. Paris, 1908-09).

Hérisson. — Emétique dans la bilharziose. Th. Paris, 1920-21.

Jacquet. — Anémie splénique par leishmaniose observée en France. Th. Paris 1926.

Joltrain. — La peste à Paris. Journal Médical français, février 1921.

Karsently. — Réservoirs du virus de la peste. Th. Paris, 1924.

Klippel et Monier-Vinara. — Premier cas de Kala-azar d'origine marocaine. (S. M. H. Paris, 20 janvier 1922).

Landouzy et Debré. — Les porteurs de germe importateurs de maladies exotiques particulièrement de la dysenterie amibienne. Presse Médicale, 25 mars 1914.

Labbé, Thouzelle, Ameuille. — Leishmanioses (Académie de Médecine, 1918).

Lagane. — Diagnostic et traitement de la dysenterie amibienne.

Lissache. — Eléphantiasis tropical. Th. Paris, 1927.

Miossec. — Typhus exanthématique. Th. Paris, 1922.

Pœluitz, Palestre et Daumas. — Leishmanioses. Société Médicale des Hôpitaux, 1922.

Paviot et Garin. — Etude sur la dysenterie amibienne autoch. tone. Journal de Pathologie et Physiologie générale. Mars 1913.

Pernin. — Bouton d'Orient en France (Leshamaniose cutanée). Th. Paris, 1922.

Pierson. — Peste. Etude clinique. Th. Paris, 1921.

Pouy. — Index endémique du paludisme, France et colonies. Th. 1919-20.

Puech. — Kala-azar d'origine française. Th. Paris, 1925.

Raies. — Prophylaxie et traitement du trachome. Th. Paris, 1926.

Ravaut. — Syphilis. Paludisme. Amibiose.

Ravaut. — Deux cas de bouton d'Orient contractés en Espagne et en France (Bulletin Société Path. exotique, p. 235, 1920).

Ravaut. — Le premier cas de bouton d'Orient en France (Bull. Acad. Méd., p. 198, 1920).

Ravaut et Krolunizky. — Epidémies de dysenterie du front und. (S. M. H., 1915).

Ricquebourg. — De la pénétration du bacille de Gersin dans le sang de l'homme.

Rio. — Formes ambulatoires de la peste. Th. Paris, 1920-21.

Rosenstein. — Contribution à l'étude étiologique et prophylactique de la schistosomiase pulmonaire. Th. Paris, 1925.

Sanglier. — Dysenterie amibienne chronique. Th. Paris, 1925.

Statistiques municipales de la Ville de Paris.

Schwartz. — Contribution à l'étude de la dysenterie amibienne. Th. Paris, 1927.

Tanon. — Rapport au Congrès de Rabat 1927 et Bulletin Médical 1927.

Tanon. — Les maladies coloniales en 1926. Monde Médical 1927.

Tanon. — Les maladies coloniales en 1927. Monde médical 1928.

Tanon et Cambessedès. — Les formes liminaires de la peste et la question du bubon climatique (Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales, Août, 1923).

Tessier, Tanon, Gasticul et Reilly. — Valeur diagnostique de l'hémioculture dans la peste bubonique. Fréquence de la bacillémie pesteuse.

Vanheuwerswyn. — Dysenteries, Associations spirellaires, Th. Paris, 1924.

H. Vincent. — Sur la prophylaxie de la Fièvre de Malte (Académie de Médecine, 20 juin 1922).

Villon. — Le Paludisme dans le delta du Rhône. Th. Lyon,